

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Psychosomatische Aspekte bei PatientInnen mit arterieller Hypertonie

Gabriel H, Ambros O

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2010; 17

(1-2), 30-34

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Psychosomatische Aspekte bei PatientInnen mit arterieller Hypertonie

H. Gabriel¹, O. Ambros²

Kurzfassung: Die Betreuung von Patienten mit arterieller Hypertonie stellt für viele Ärzte oft eine hohe Anforderung dar, da sich die Patienten zwar als kooperativ präsentieren, aber dennoch häufig die herkömmlichen Therapieansätze nicht zum Behandlungserfolg (= Normotension) führen. Ursachen dafür können in psychosozialen Patientenfaktoren und in der Interaktion zwischen Arzt und Patient liegen. Es ist daher wichtig, diese Faktoren (Verleugnung, mangelnde Kooperation, Depression) zu erkennen und eine

patientenbezogene, partnerschaftliche Arzt-Patient-Beziehung (Concordance) zu gestalten und damit adäquate Therapieansätze anwenden zu können.

Abstract: Psychosomatic Aspects in Patients with Arterial Hypertension. The care of patients with arterial hypertension is for many physicians in most cases a tall order, since patients may present themselves cooperative,

although often as a result of the conventional therapies does not lead to treatment success (= normotension). Reasons could be psychosocial factors of these patients and the interaction between physicians and patients. Therefore it is important to note these factors (e.g. denial, lack of cooperation, depression) and to construct a patient-oriented partnership between physicians and patients (concordance) and apply appropriate therapeutic approaches. **J Kardiol 2010; 17: 30–4.**

■ Patientengeschichte

Herr S. leidet seit ca. 14 Jahren an einer schwer einstellbaren arteriellen Hypertonie. Die Blutdruckwerte liegen zwischen 135/95 und 180/100 mm Hg.

Biografische Anamnese

Herr S. ist 61 Jahre alt, verheiratet und hat eine erwachsene Tochter. Seine Kindheit beschreibt er als relativ glücklich. Abgesehen von einer Appendektomie mit 12 Jahren ist er weitgehend gesund. Nach der Pflichtschule absolviert er die Handelsakademie und tritt dann in den Staatsdienst. Seit seiner Jugend spielt er Tennis, wobei Turniere einen besonders hohen Stellenwert haben. Regelmäßiges Training und sein Engagement im Verein machen den großen Teil seiner Freizeit aus. Er heiratet mit 24 Jahren, seine Tochter wird 2 Jahre später geboren. Seine Beziehung beschreibt er als zufrieden und stabil mit genügend Freiraum für beide Partner. In seinem Beruf als Beamter ist er sehr genau und zuverlässig. Verweise oder Korrekturen durch Vorgesetzte empfindet er als kränkend und ungerecht, äußert dies aber kaum. Mit 58 Jahren wird Herr S. pensioniert und nützt nun die vermehrte Freizeit für seine sportlichen Aktivitäten.

Somatische Anamnese

1976–ca. 1983 Colitis ulcerosa, 1991 Hemiorchiektomie wegen Seminom, 1995 Auftreten von abdominellen Metastasen mit OP und Chemotherapie. Nachfolgend Polyneuropathie der UE, seither art. Hypertonie.

Herr S. ist ein sehr freundlicher, agiler bis nervöser Mann. Körperliche Fitness, gesunde Ernährung und Naturheilmittel sind ihm sehr wichtig. Er spielt in einem Tennisverein in der

Seniorenliga, geht regelmäßig Joggen und mit seiner Frau zum Nordic Walking. Er betreibt ca. 20 Stunden/Woche Sport. Er wirkt sehr wachsam und hellhörig, dahinter verbirgt sich eine gut spürbare Ängstlichkeit.

3–5× täglich misst Herr S. seinen Blutdruck und zeichnet die Werte sehr genau auf. Blutdruckwerte $\geq 170/100$ mmHg ängstigen ihn sehr, sodass er einen Arzt aufsucht. Allfällige Therapieänderungen führen meist zu Unverträglichkeitsreaktionen oder zu einem paradoxen Blutdruckanstieg.

Seine subjektive Krankheitstheorie erklärt den Hochdruck als Folge der Chemotherapie: dadurch sei es zur „Rückbildung von Blutgefäßen“ und damit zur Hypertonie gekommen. Zu diesem Zeitpunkt kann er keinerlei psychosomatische Ursachen für den Blutdruckanstieg erkennen.

Psychologische Faktoren

Bei Herrn S. ist die Fassadenstruktur gut erkennbar. Er ist freundlich, aufmerksam, genau und zuverlässig. Dahinter steht die unterdrückte Feindseligkeit, Unsicherheit und Verletzlichkeit. Ärger und Zorn werden niemals gezeigt. Eine depressive Verstimmung ist ebenfalls spürbar und explorierbar, wird aber vom Patienten zunächst abgelehnt.

Arzt-Patient-Beziehung

Herr S. zeigt zunächst eine gute Kooperationsbereitschaft – die jedoch v. a. durch Medikamentennebenwirkungen verhindert wird. Vordergründig freundlich und kooperativ verbirgt sich hinter seinen Fragen („Passt das Medikament auch für mich? Sie wissen, bei mir ist alles anders!“) der Wunsch, auch die Arzt-Patient-Beziehung zu kontrollieren und zu steuern.

Hinter den Medikamentenunverträglichkeiten sowie der Verleugnung der Depression steht die Angst vor Abhängigkeit, Leistungsverlust und Kontrollverlust. (N. B: Seine langjährige Ehe funktioniert deshalb so gut, weil er „Herr“ über seine Zeit sei.)

Als Reaktion auf diese Verhaltensweise könnte bei der behandelnden Ärztin/dem Arzt Ärger über das Nichtzusammen-

Eingelangt und angenommen am 22. September 2009.

Aus der ¹Universitätsklinik für Innere Medizin 2, Medizinische Universität Wien; ²FA für Innere Medizin & Kardiologie, Psychotherapeut, Wien

Korrespondenzadresse: Ass.-Prof. Dr. Harald Gabriel, Universitätsklinik für Innere Medizin 2, Klinische Abteilung für Kardiologie, Medizinische Universität Wien, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20; E-Mail: harald.gabriel@meduniwien.ac.at

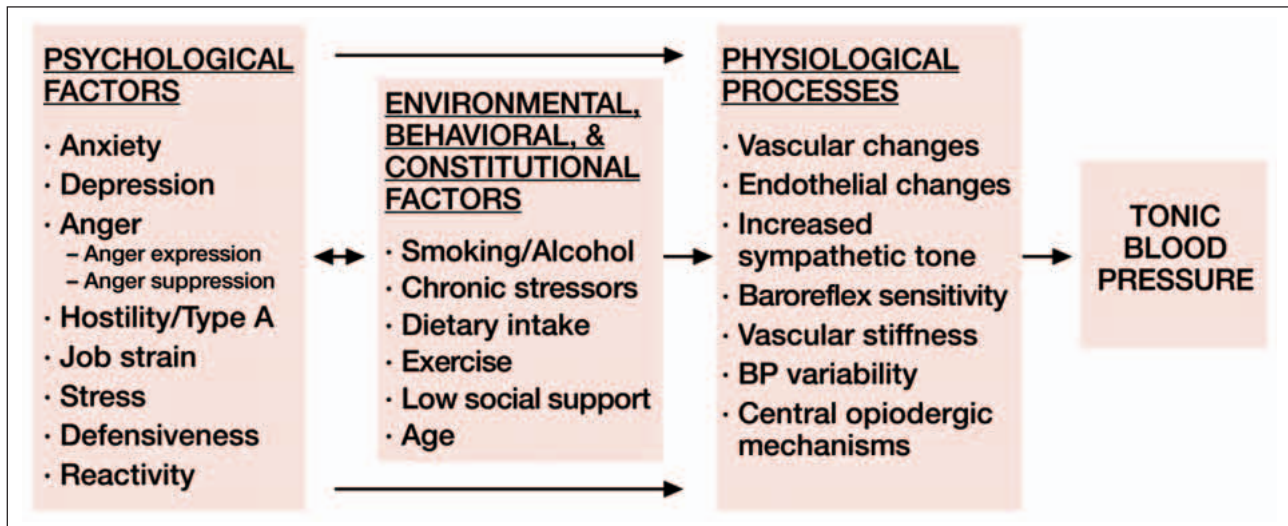


Abbildung 1: Mögliche bio-psychosoziale Komponenten, die zu einer erhöhten Inzidenz für eine arterielle Hypertonie führen können. Nachdruck mit Genehmigung aus [Rutledge T, Hogan B. Psychosom Med 2002; 64: 758–66.]

passen von Freundlichkeit und mangelnder Kooperation ausgelöst werden. Gleichzeitig werden die ärztlichen Grenzen sichtbar und es könnten eigene verborgene Minderwertigkeitsgefühle aktiviert werden. Eine (un)mögliche ärztliche Lösung wäre es, dem Patienten schroff und abweisend zu begegnen – um sich selbst zu schützen. Eine gute Lösung wäre es, den Wunsch des Patienten nach Kontrolle und Gestaltung zu akzeptieren und eine kooperative Arzt-Patient-Beziehung (Concordance) zu ermöglichen.

Concordance (Übereinstimmung) führt zu einer gemeinsamen Krankheitstheorie, gemeinsamen Zielen, Maßnahmen und deren Umsetzung (Abb. 1). Insgesamt motiviert und unterstützt diese Haltung den Patienten und entlastet den Arzt.

Therapeutische Überlegungen

Die bisherige jahrelange Therapie war durch laufende Adaptierung bzw. Wechsel der Medikamente gekennzeichnet. Insgesamt blieb der Blutdruck unbefriedigend eingestellt und es kam immer wieder zu Hochdruckkrisen.

Zuletzt wurde der Patient im März 2009 deswegen an einer kardiologischen Abteilung notfallmäßig aufgenommen. Im Zuge der Durchuntersuchung konnte auch testpsychologisch eine „Major Depression“ nachgewiesen werden. Mehrere kardiologisch-psychosomatische Gespräche führten letztlich zu einer partnerschaftlichen Vereinbarung hinsichtlich des weiteren Vorgehens:

- 1x monatlich ein kardiologisch-psychosomatisches Gespräch
- Gabe eines SSRI mit langsamer Titrierung
- Medikamentöse Adaptierung nur nach gemeinsamer Absprache

Es wurde des Weiteren ein Paargespräch gemeinsam mit der Ehefrau durchgeführt, welches nochmals die Bedeutung der Depression auch für die Partnerschaft beleuchtete.

Somit konnten die wesentlichen Ziele einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung – Concordance – erreicht werden:

- Eine übereinstimmende Krankheitstheorie (v. a. durch Einbindung der Diagnose Depression sowie des Faktors Angst)
- Verteilung der Verantwortung (v. a. durch selbstverantwortlichen, reduzierten Umgang mit Selbstmessung seitens des Patienten und durch gemeinsame Verantwortung für die medikamentöse Behandlung)
- Stärkung des Selbstwertes des Patienten durch Überlassen der Kontrolle bzw. gemeinsame Entscheidungsprozesse

So konnte der Patient die Verleugnung der Depression aufgeben und vor allem seine Angst vor Abhängigkeit, Leistungsverlust und Kontrollverlust thematisieren und reduzieren.

Herr S. ist seit März 2009 normoton bei unveränderter medikamentöser Einstellung.

■ Charakteristika der arteriellen Hypertonie

Die arterielle Hypertonie, sei diese nun primär (essenziell) oder sekundär, ist nicht nur eine Krankheit *per se*, sondern ein schon lang bekannter, unabhängiger signifikanter Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen [1].

Trotz aller Bemühungen in der Prävention, der Diagnostik und der verbesserten Behandlungsoptionen bei PatientInnen mit erhöhtem arteriellen Blutdruck bleibt die Behandlung der arteriellen Hypertonie eine der großen gesundheitspolitischen Aufgaben [2].

Die Ätiologie der Hypertonie selbst ist multifaktoriell und involviert genetische Faktoren, biophysiologische Prozesse, Lebenserfahrung, Interaktionen zwischen psychosozialen Faktoren und Stress-provozierenden Umweltbedingungen sowie bewusst gewählte Verhaltensmuster, die körperliche Aktivität, Ernährung und Körpergewichtskontrolle beinhalten [3]. Psychosoziale Faktoren müssen daher in einem breiten Kontext in das individuelle Risikoprofil eingebunden werden.

Die arterielle Hypertonie ist somit eine chronische Krankheit, die behandelbar, aber nicht heilbar ist, wobei unter Behandlung eine Anleitung zur Änderung der Lebensgewohnheiten und falls notwendig zur Medikamenteneinnahme verstanden wird. Der Arzt-Patient-Beziehung kommt in diesem Kontext eine zentrale Bedeutung zu.

■ Psychosoziale Faktoren in der Ätiologie der arteriellen Hypertonie

Die Bedeutung von psychosozialen Faktoren, wie Typ-A-Verhalten, Depressivität und Ängstlichkeit in der Ätiologie der Hypertonie, wurde durch viele epidemiologische Studien unterstützt [4–11]. Darüber hinaus gibt es aber eine inkonsistente Datenlage bezüglich des Zusammenhangs zwischen diesen Faktoren [12–16].

Die „hypertensive Persönlichkeit“ ist eine der ausdauerndsten Annahmen in der psychosomatischen Medizin. Charakteristisch für diese Persönlichkeit ist unter anderem die Fassadenstruktur – d. h. der Patient erscheint oberflächlich freundlich, angepasst, zuverlässig, ehrlich, unabhängig und kooperativ. Hinter dieser Fassade verbergen sich allerdings mehr oder weniger ausgeprägte Feindseligkeit („hostility“), Minderwertigkeitsgefühl, Selbstbehauptungsdrang, eine seelische Verletzlichkeit und Unausgeglichenheit. Frustrierte Dominanzwünsche führen zu Aggressionen, die jedoch aus Angst vor Verlust der Zuwendung unterdrückt werden müssen (Aggressionshemmung). Fehlende „gesunde“ Aggressivität, ein starkes Leistungsverhalten mit hohen Selbstansprüchen und mangelndes Durchsetzungsvermögen führen dazu, sich vor allem beruflich vermehrt Aufgaben übertragen zu lassen, ohne die eigenen Grenzen zu berücksichtigen (Lastesel-Funktion). Die fehlende Ich-Stärke kann zu Schwierigkeiten bei der Selbstbehauptung führen, die als Unterwürfigkeit interpretiert werden können. Dies führt in Situationen, die feindselige Gefühle mit dem Wunsch nach Selbstbehauptung hervorrufen, zur Erhöhung des Blutdrucks.

Einer der Hauptgründe für die Schwierigkeit, einen „hypertensiven Persönlichkeitstypus“ zu definieren, ist darin zu suchen, dass es keine allgemein akzeptierte Untersuchungsmethode dafür gibt, in den Studien nicht-standardisierte psychologische Tests verwendet wurden und so bei einigen Patienten nur Zorn und Ängstlichkeit, in anderen hingegen nur die Abweichungen dieses Wertes nach oben oder unten gemessen wurden. Diese Variabilität macht es nahezu unmöglich, die Studienergebnisse zu vergleichen. Viele Studien, die die mögliche Beziehung zwischen psychologischen Charakteristika und Hypertonie untersuchen wollten, haben nicht sorgfältig genug Teilnehmer mit anderen kardiovaskulären Erkrankungen ausgeschlossen.

■ Welchen Einfluss spielt die Definition der arteriellen Hypertonie auf die Beurteilung der psychosozialen Faktoren

Ein weiteres mögliches Problem betrifft das sogenannte Kennzeichen- („Labeling“-) Phänomen dieser Studien. Die relativ hohen Ängstlichkeits- und Zornwerte bei Personen mit Hypertonie müssen nicht ätiologisch mit der Diagnose assozii-

iert, sondern können eine Konsequenz derselben sein. In einer wichtigen Studie wurde beobachtet, dass Teilnehmer, die wegen ihres Bluthochdrucks beunruhigt waren, in den Kategorien Neurotizismus, Ängstlichkeit und Selbstzuordnung zu Typ-A-Verhalten höhere Werte erzielten als jene Teilnehmer mit normalen Blutdruckwerten und solche mit erhöhtem Blutdruck, die darüber jedoch nicht besorgt waren [17]. Dies spiegelt die Bedeutung der Selbsteinschätzung und des Selbstwertgefühls für die Interpretation dieser Studienergebnisse wider.

Darüber hinaus kann die große Variabilität der gemessenen Blutdruckwerte in Abhängigkeit der Situation und der Befindlichkeit dazu führen, dass diese Werte nicht einbezogen werden können. Die Klassifikation der Teilnehmer in normo- oder hypertensiv ist aber einer der wichtigsten Aspekte in diesen Studien. Nur wenige haben jedoch systematisch die Beziehungen zwischen psychologischen Persönlichkeitsmessungen und einer Vielzahl von Blutdruckmessungen in unterschiedlichen Settings verglichen. Es herrscht Übereinkunft darüber, dass situative und psychologische Faktoren die Blutdruckbestimmung in der Klinik beeinflussen und bei ca. 20 % dieser Patienten eine sogenannte „White coat“-Hypertonie besteht [18]. Diese kann aus psychosomatischer Sicht auch als Auswirkung von Persönlichkeitsmerkmalen auf die Arzt-Patient-Beziehung betrachtet werden. Die bereits beschriebenen Persönlichkeitsmerkmale des Patienten mit Dominanzwünschen bei geringem Durchsetzungsvermögen und ein hoher Aggressionsspiegel bei gleichzeitiger Aggressionshemmung erklären, dass sich zwischen Hypertonikern und Autoritätspersonen leicht Konflikte ergeben können. Für die meisten Patienten stellt der Arzt eine solche Autoritätsperson dar. Es kann zur Übertragung dieser Autoritätsproblematik auf den Arzt und zum Widerstand gegen diesen kommen, was zu emotionaler Anspannung beim Arztbesuch führt. Daraus resultieren die in der Arztpraxis gemessenen hohen Blutdruckwerte, während der Blutdruck zu Hause normal ist.

■ Arterielle Hypertonie, psychologische Faktoren und das autonome Nervensystem

Zorn, Ärger und Ängstlichkeit sind die psychologischen Faktoren, die zumeist mit arterieller Hypertonie assoziiert werden. Alexander war 1939 der erste, der vermutete, dass die Aktivierung des autonomen Nervensystems und erhöhter Blutdruck bei PatientInnen mit Hypertonie aus unterdrückter Feindseligkeit („hostility“) und unterdrücktem Ärger („anger-in“) resultieren [19].

Perini et al. verglichen Persönlichkeiten mit Grenzwert-hypertonie mit jenen mit normalem Blutdruck und fanden in der ersten Gruppe einen geringeren Anteil an externalisierter und einen größeren Anteil an internalisierter Aggression, welche durch die Verinnerlichung der gesellschaftlichen Normen bedingt ist, obwohl andere Studien diesen Zusammenhang nicht eindeutig nachweisen konnten [7, 14, 20–22].

Ein Vielzahl von Studien hat den Zusammenhang zwischen Hypertonie und Depression untersucht und obwohl die meisten einen Zusammenhang fanden [8, 23, 24], gab es auch solche, in denen dies nicht nachgewiesen werden konnte [25,

26], wobei mögliche Gründe für diese Inkonsistenz in der Variabilität der Population und der verwendeten Depressions-Skalen liegen könnte.

Es scheint plausibel, eine Assoziation zwischen Hypertonie und Depression aufgrund eines gemeinsamen Risikofaktors zu postulieren. In Ergänzung zu den soziodemographischen Variablen (wie zum Beispiel Ethnizität und sozioökonomischer Status) scheint Stress ein solcher gemeinsamer und bedeutender Risikofaktor zu sein, weil er sowohl bei der Depression als auch bei der Hypertonie vorkommt. Psychosozialer und emotionaler Stress sind mit einer Aktivierung des sympathischen Nervensystems verbunden, welche zu Hypertonie und Depression führen können. Belastende Lebensabschnitte und Armut sind sowohl mit Hypertonie als auch mit Depression assoziiert [27, 28].

Unabhängig von diesen Ergebnissen bleibt die Frage aufrecht, ob eine sympathische Aktivierung zu Anspannung oder Ängstlichkeit führt oder ob Ängstlichkeit selbst eine arterielle Hypertonie bedingt. Erschwert wird diese Beurteilung durch die Tatsache, dass es keine akzeptierte einheitliche Theorie darüber gibt, welche Faktoren eine „hypertensive Persönlichkeit“ charakterisieren. Neben den internen Variablen „Ärger, Ängstlichkeit und Depressivität“ sollen in der individuellen Betrachtungsweise umgebungsbedingte Stressoren („job strain“) ebenso Berücksichtigung finden [29]. Unterstützt wurde dieses Modell durch die Beobachtung, dass die Prävalenz der Hypertonie bei jenen männlichen Fabrikarbeitern deutlich erhöht war, die Belastungen am Arbeitsplatz („job stress“) angaben, welcher durch Unklarheiten in Bezug auf die Zukunft, mangelnde Unterstützung und Unzufriedenheit mit den Kollegen gekennzeichnet war [30].

Andere Studien haben gezeigt, dass asymptomatische Probanden mit Hypertonie [31] ebenso wie jene, die normotensiv waren, jedoch eine positive Familienanamnese hatten [32], deutlich weniger Emotionen ausdrücken und differenzieren konnten sowie ein duldsames Verhalten („non-complaining attitude“) zeigten, dass dem jener Persönlichkeiten ähnlich ist, die zur Verdrängung („denial“) neigen [32, 33]. Theorell vermutete, dass eine solche Persönlichkeit zum Teil daraus resultiert, dass ein stressreiches psychosoziales Arbeitsumfeld eine duldsame („non-complaining“) Einstellung verstärkt und so eine aktive emotionale Krankheitsbearbeitung („coping“) verhindert.

Die prospektive Beziehung zwischen psychosozialen Faktoren und dem Auftreten einer Hypertonie wird durch demographische, sozioökonomische und verhaltensbedingte Faktoren beeinflusst [34].

Yan und Mitarbeiter konnten darüber hinaus zeigen, dass Patienten, die höhere Werte für die psychosozialen Faktoren Zeitdruck („time urgency/impatience“ = TUI) und Feindseligkeit („hostility“) aufwiesen, ein höheres Risiko hatten, eine arterielle Hypertonie zu entwickeln (Tab. 1) [35]. Wenn man diese Werte an den Alkoholkonsum, die körperliche Aktivität und den Body-mass-Index (BMI) anpasst, zeigt sich nur eine geringe Korrelation zwischen dem Faktor Zeitdruck und dem Risiko, eine Hypertonie zu entwickeln. Ein stärkerer Zusam-

Tabelle 1: Copingmechanismen bei arterieller Hypertonie

- Mangelnde Kooperationsbereitschaft – Versuch, die Kontrolle zu behalten und die Situation zu bewältigen
- Verleugnung – Angst vor Selbstwertverlust, Angst vor Abhängigkeit
- Medikamentenunverträglichkeit – Widerstand, Angst vor Kontrollverlust

Tabelle 2: Concordance: Was PatientInnen motiviert

- Arzt-Patient-Beziehung: partnerschaftlich statt paternal
 - Verantwortlichkeit
 - Krankheitstheorie
 - Vereinbarung statt Verordnung
- Kommunikationsstil:
 - Konjunktiv statt Imperativ
 - konkret und realistisch
 - umsetzbar
- Blutdruckselbstmessung

menhang wurde zwischen den Faktoren „Feindseligkeit“ und „Depression“ gefunden, welcher als höhere Korrelation zwischen diesen beiden Verhaltensmustern und Lebensstilfaktoren interpretiert werden kann.

Aus biologischer Sicht erscheint es plausibel, dass psychosoziale Faktoren das Risiko, eine Hypertonie zu entwickeln, erhöhen. Die Stimulation des sympathischen Nervensystem durch akuten Stress kann zu einer Erhöhung des kardialen Outputs, zu Vasokonstruktion, Erhöhung des arteriellen Drucks, eingeschränkter Endothelfunktion und Aktivierung der Thrombozytenaggregation führen [34, 36–39]. Darüber hinaus könnten Hyperkortisolämie und endokrine Dysfunktion in diesen Prozess involviert sein [34, 40, 41].

Es ist jedoch nach wie vor unklar, ob diese erhöhte Reaktivität und vorübergehende Dysfunktionen bedingt durch kurzzeitigen Stress auf lange Sicht zu Hypertonie führen können. Ebenso werden die komplexen physiologischen Prozesse, die eine mögliche Verbindung zwischen psychosozialen Faktoren und der Entstehung einer Hypertonie darstellen, nicht vollständig verstanden. Es bedarf weiterer prospektiver Studien, um die zugrundeliegenden pathophysiologischen Mechanismen zwischen Gesundheitsrisiken und psychosozialen Faktoren zu klären.

Folgende Patientenfaktoren (wie bereits oben ausgeführt) beeinflussen am häufigsten die Arzt-Patient-Beziehung [42]:

- Fassadenstruktur
- Aggressionshemmung
- Lastesel-Haltung
- Fehlende Ich-Stärke

Mangelnde Kooperationsbereitschaft als Coping-Mechanismus ist ein wesentlicher Betrachtungspunkt in der Betreuung dieser Patienten, Schlüsselbegriff für das Verständnis dieser Reaktionsweise ist die Verleugnung (Tab. 2) [42]. Darunter wird die bewusste oder unbewusste Zurückweisung eines Ereignisses verstanden, um Angst und andere unangenehme Effekte zu mindern. Für Hypertoniker ist Verleugnung ein

Hauptbewältigungsmechanismus, um z. B. die Angst vor Abhängigkeiten (sei es von Ärzten oder Medikamenten) oder vor Kontrollverlust abzuwehren, und spielt in der Betreuung eine wichtige Rolle. Sowohl der Compliance- (Bereitschaft des Patienten, den Anweisungen des Arztes zu folgen) als auch der Adherence- (Bereitschaft zu Therapietreue zw. Patient und Arzt) Begriff sind zu einseitig und fordert die Anpassung des Patienten an die Empfehlungen des Arztes. „Concordance“ und „Shared Decision Making“ definiert Patient und Arzt als aufeinander bezogene und kooperierende Partner und stellt in der Behandlung von Hypertonikern aus psychosomatischer Sicht einen bedeutsamen Aspekt dar.

Zusammenfassung

Die Betreuung von Patienten mit arterieller Hypertonie stellt für viele Ärzte oft eine hohe Anforderung dar, da sich die Patienten zwar als kooperativ präsentieren, aber dennoch oft die herkömmlichen Therapieansätze nicht zum Behandlungserfolg (= Normotension) führen. Ursachen dafür können in psychosozialen Patientenfaktoren und in der Interaktion zwischen Arzt und Patient liegen. Es ist daher wichtig, diese Faktoren (Verleugnung, mangelnde Kooperation, Depression) zu erkennen und eine patientenbezogene, partnerschaftliche Arzt-Patient-Beziehung (Concordance) zu gestalten und damit adäquate Therapieansätze anwenden zu können.

Literatur:

- Kannel WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. *JAMA* 1996; 275: 1571–6.
- Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, Rocella EJ, Stout R, Vallbona C, Winston MC, Karimbakas J. National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. *JAMA* 2002; 288: 1882–8.
- Stephoe A. Psychosocial factors in the development of hypertension. *Ann Med* 2000; 32: 371–5.
- Rosenman RH, Brand RJ, Jenkins D, Friedman M, Straus R, Wurm M. Coronary heart disease in Western Collaborative Group Study: final follow-up experience of 8½ years. *JAMA* 1975; 233: 872–7.
- Krantz DS, DeQuattro V, Blackburn HW, et al. Psychosocial factors in hypertension. *Circulation* 1987; 76: 184–188.
- Siegler IC, Peterson BL, Barefoot JC, Williams RB. Hostility during late adolescence predicts coronary risk factors at mid-life. *Am J Epidemiol* 1992; 136: 146–54.
- Markovitz JH, Matthews KA, Kannel WB, Cobb JL, D'Agostino RB. Psychological predictors of hypertension in the Framingham Study: is there tension in hypertension? *JAMA* 1993; 270: 2439–43.
- Jonas BS, Franks P, Ingram DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up study. *Arch Fam Med* 1997; 6: 43–9.
- Raikkonen K, Matthews KA, Flory JD, Owens JF. Effects of hostility on ambulatory blood pressure and mood during daily living in healthy adults. *Health Psychol* 1999; 18: 44–53.
- Jonas BS, Lando JF. Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. *Psychosom Med* 2000; 62: 188–96.
- Davidson K, Jonas BS, Dixon KE, Markovitz JH. Do depression symptoms predict early hypertension incidence in young adults in the CARDIA study? *Arch Intern Med* 2000; 160: 1495–500.
- Haynes SG, Levine S, Scotch N, Feinleib M, Kannel WB. The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study. I: methods and risk factors. *Am J Epidemiol* 1978; 107: 362–83.
- Sparrow D, Garvey AJ, Rosner B, Thomas HE Jr. Factors in predicting blood pressure change. *Circulation* 1982; 65: 789–94.
- Liu K, Ruth KJ, Flack JM, et al. Blood pressure in young blacks and whites: relevance of obesity and lifestyle factors in determining differences: the CARDIA Study. *Circulation* 1996; 93: 60–6.
- Shinn EH, Poston WS, Kimball KT, Jeor ST, Foreyt JP. Blood pressure and symptoms of depression and anxiety: a prospective study. *Am J Hypertens* 2001; 14: 660–4.
- Shapiro AP. Psychological factors in hypertension: an overview. *Am Heart J* 1988; 116: 632–7.
- Irvine MJ, Garner DM, Olmsted MP, Logan AG. Personality differences between hypertensive and normotensive individuals: influence of knowledge of hypertension status. *Psychosom Med* 1989; 51: 537–41.
- Pickering TG, James GD, Broddie C, Harshfield GA, Blank S, Laragh JH. How common is white coat hypertension? *JAMA* 1988; 259: 225–8.
- Alexander F. Emotional factors in essential hypertension. *Psychosom Med* 1939; 1: 175–9.
- Baer PE, Collins FH, Bourianoff GG, Ketchel MF. Assessing personality factors in essential hypertension with a brief self-report instrument. *Psychosom Med* 1979; 41: 321–30.
- Perini C, Muller FB, Rauchfleisch U, Battegay R, Hobi V, Buhler FR. Psychosomatic factors in borderline hypertensive subjects and offspring of hypertensive parents. *Hypertension* 1990; 16: 627–34.
- Markovitz JH, Matthews KA, Wing RR, Kuller LH, Meilahn EN. Psychological, health behavior, and biological predictors of blood pressure change in middle-aged women. *J Hypertension* 1991; 9: 399–40.
- Goldberg EL, Comstock GW, Graves CG. Psychosocial factors and blood pressure. *Psychol Med* 1980; 10: 243–55.
- MacDonald L, Sackett D, Haynes R, Taylor D. Labelling in hypertension. A review of the behavioural and psychological consequences. *J Chron Dis* 1984; 37: 933–42.
- Heine B, Sainsbury P, Chynoweth R. Hypertension and emotional disturbance. *J Psychiatr Res* 1969; 7: 119–30.
- Davies S, Ghahramani P, Jackson P, Hippisley-Cox J, Yeo W, Ramsay L. Panic disorder, anxiety, and depression in resistant hypertension—a case-control study. *J Hypertens* 1997; 15: 1077–82.
- Dimsdale J. Research at the interface of psychiatry and medicine. *Gen Hosp Psychiatry* 1988; 10: 328–38.
- Winkelby MA, Jatulis DE, Frank E, Fortmann SP. Socioeconomic status and health: how education, income and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *Am J Public Health* 1992; 82: 816–20.
- Schnall PL, Landsbergis PA, Baker D. Job strain and cardiovascular disease. *Annu Rev Pub Health* 1994; 15: 381–411.
- Cottingham EM, Matthews KA, Talbott E, Kuller LH. Occupational stress, suppressed anger, and hypertension. *Psychosom Med* 1986; 48: 249–60.
- Knox S, Svensson J, Waller D, Theorell T. Emotional coping and the psychophysiological substrates of elevated blood pressure. *Behav Med* 1988; 2: 52–8.
- Theorell T. Family history of hypertension: an individual trait interacting with spontaneously occurring job stressors. *Scand J Work Environ Health* 1990; 16 (Suppl 1): 74–9.
- Karasek RA, Theorell T. Healthy work. Basic Books, New York, 1990.
- Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 99: 2192–217.
- Yan L, Liu K, Matthews K, Daviglus ML, Freeman FT, Kiefe CI. Psychosocial Factors and Risk of Hypertension: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *JAMA* 2003; 290: 2138–48.
- Krantz DS, Manuck SB. Acute psychophysiological reactivity and risk of cardiovascular disease: a review and methodologic critique. *Psychol Bull* 1984; 96: 435–64.
- Shepherd JT, Dembroski TM, Brody MJ, et al. Biobehavioral mechanisms in coronary artery disease: acute stress. *Circulation* 1987; 76: 1150–1157.
- Julius S. The defense reaction: a common denominator of coronary risk and blood pressure in neurogenic hypertension? *Clin Exp Hypertens* 1995; 17: 375–86.
- Krantz DS, McCeney MK. Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. *Annu Rev Psychol* 2002; 53: 341–69.
- Light KC, Koepke JP, Obrist PA, Willis PW. Psychological stress induces sodium and fluid retention in men at high risk for hypertension. *Science* 1983; 220: 429–31.
- Harris KF, Matthews KA, Sutton-Tyrrell K, Kuller LH. Associations between psychological traits and endothelial function in postmenopausal women. *Psychosom Med* 2003; 65: 402–9.
- Titscher G. Arterielle Hypertonie. In: Herrmann-Lingen Ch, Albus Ch, Titscher G (Hrsg). Psychokardiologie. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln, 2008.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung